様式第1号（第6条関係）

年　　　月　　　日

みやま市長　様

介護職員研修等受講費用助成金交付申請書

|  |
| --- |
| 介護職員研修等受講費用助成金の交付を受けたいので、みやま市介護職員研修等受講費用助成金交付要綱を遵守の上、同要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり申請します。 |
| 申請者(対象者) | 住所 | 〒　　　　　　－みやま市(電話番号　　　　－　　　　　　－　　　　　) |
| ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏名 |   | 　　 年 　　月 　　日 |
| 養成研修事業所 | 所在地 | 〒　　　　　　－ |
| 実施機関名 |  |
| 研修 | 研修の種別 | 研修の修了日 |
| □介護職員初任者研修 | 年　　月　　日 |
| □介護職員実務者研修 | 年　　月　　日 |
| □介護支援専門員実務研修 | 年　　月　　日 |
| 1. 助成対象経費
 | 　　　　　　　円 |
| 1. 当助成以外の助成額合計
 | 　　　　　　　円 |
| 1. 助成対象経費(①－②)
 | 円 | （最高５０，０００円） |
| 添付書類 | ・研修実施者が発行する受講料等の領収書の写し・研修実施者が発行する修了証明書の写し・就業先である介護保険サービス事業所の運営法人が発行する就業証明書 |
| ●同意事項(□にチェックを入れてください。)　□　私は、今回の申請以前に介護職員研修等（介護職員初任者研修、介護職員実務者研修又は介護支援専門員実務研修）に係る経費について、国、都道府県、本市以外の市区町村の助成金等の交付を受けていません。　□　私は、審査に必要な情報(住民基本台帳、市税等の納付状況等)の提供、確認及び調査に同意します。氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |